

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

VOL. XV

ABRIL DE 1954

N.º 10

Sumário:

	Pág.
<i>Transplante do segmento ileo-cólico com reservatório alimentar após gastrectomia total</i> — Dr. EDISON DE OLIVEIRA e Dr. J. WARNECK DE LIMA	147
<i>Apoplexia da hidátide de Morgagni</i> — Dr. CLOVIS DE ARROXELLAS GARVÃO CARAPEBA	157
<i>Sociedade Médica São Lucas</i> — Comunicações feitas	160



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Editado mensalmente pelo SANATÓRIO SÃO LUCAS

(Instituição para o progresso da Cirurgia)

sob a direção do:

Dr. ADHEMAR NOBRE

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil



Orgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

DIRETORIA 1954-1955

Presidente:

Dr. PAULO G. BRESSAN.

Vice-Presidente:

Dr. NELSON RODRIGUES NETO.

Primeiro Secretário:

Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER.

Segundo Secretário:

Dr. JOÃO V. DELUCA.

Primeiro Tesoureiro:

Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO.

Segundo Tesoureiro:

Dr. MOACYR BOSCARDIN.

Bibliotecário:

Dr. SILVIO C. BOOCK.

Conselho Consultivo:

Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI.

Dr. ADEMAR NOBRE.

Dr. JACIR QUADROS.

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA.

Dr. WALDEMAR MACHADO.



BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XV

ABRIL DE 1954

N.º 10

Transplante do segmento íleo-cólico como reservatório alimentar após a gastrectomia total(*)

Dr. EDISON DE OLIVEIRA

*Livre Docente de Proctologia. Assistenciú de Cirúrgia.
Chefe do Grupo de Cirúrgia do Colon, Reto e Anus.*

Dr. J. WERNECK DE LIMA

Médico-Adjunto do grupo de Cirurgia do Colon, Reto e Anus.

Nestes últimos tempos grande importância tem sido dada a um grupo de sintomas que aparecem depois da alimentação em alguns pacientes submetidos à gastrectomia sub-total.

Afastados os casos explicados por um distúrbio da nutrição ou pela existência de uma úlcera péptica recidivante sobram uns tantos que são agrupados sob a rubrica de síndrome pós-gastrectomia, síndrome do estômago pequeno ou ainda síndrome do "dumping" estômago.

Esta última denominação "dumping stomach" não é muito boa. Foi empregada pela primeira vez, em 1922, por Mix. Esse autor quiz, com esse termo, chamar a atenção para o esvaziamento rápido do bário existente no estômago, para o íleo que, acidentalmente, havia sido anastomosado àquele. Tem ele, assim, um significado — ligado diretamente ao exame radiológico e, além do mais, como bem assinala CAPPER, nem sempre, ao ser observado — radiologicamente, está ele associado à existência dessa síndrome. Nessas condições, para uso clínico, é de se preferir a denominação de síndrome pós-gastrectomia.

Várias hipóteses tem sido aventadas — para explicar essa síndrome; essa síndrome, ou ainda, esse síndrome.

(*) Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina. (Diretor Prof. Dr. Alípio Correia Neto).

Disciplina: "Cirurgia do Aparelho Digestivo". (Prof. Dr. José Maria de Freitas).

- 1.º) Refluxo do alimento na alça jejunal aferente e no duodeno.
- 2.º) Esvaziamento rápido do estômago remanescente com distensão do jejuno.
- 3.º) Esvaziamento retardado do estômago.
- 4.º) Hiperglicemia, devido à rápida absorção de hidrocarbonados.
- 5.º) Hipoglicemia, subsequente à hiperglicemia inicial.
- 6.º) Gastro-jejunitis.
- 7.º) Distensão do jejuno devido à entrada rápida em sua luz de uma substância hipertônica.

Atualmente varios autores (ZOLINGER e HOERRS, ADLESSBERG e HAMMERSCHLAG, AVERY-JONES) aconselham dividir os doentes colocados sob esta rubrica em dois grandes grupos.

No primeiro grupo seriam colocados os pacientes cujos sintomas aparecem logo depois da alimentação, e que estariam ligados a fatores mecânicos; — No segundo grupo se reuniriam os pacientes cujos sintomas aparecem tardiamente à alimentação, e cuja causa seria a hipoglicemia tardia.

As características e sinais dos casos a serem catalogados no primeiro grupo são:

- a) Incidência em 12% dos gastrectomizados.
- b) Aparecem logo depois da alimentação.
- c) Duram de 30 a 40 minutos melhorando os sintomas depois desse tempo.
- d) Persistem por muitos anos depois da gastrectomia, ou então se instalam irefinidamente.
- e) Melhoram quando o doente se coloca em decubito dorsal;
- f) Agravam-se com nova alimentação;
- g) O volume da alimentação tem papel importante na sua eclosão;
- h) Os principais sintomas são: — suores frios, sensação de calor, taquicardia e sensação de epigástrico distendido;
- i) A causa provavel deve estar ligada a um fator mecânico.

Os estudos, experimental e clínico, de BUTLER e CAPPER, permitem sugerir que os sintomas taquicardia, suores frios e palidez sejam ocasionados, sejam provocados, por um estiramento gástrico, relacionado com o peso dos alimentos. Dai a explicação porque o aparecimento da síndrome está ligado sempre à alimentação mais pesada do dia.

Na posição erecta, o acotovelamento da alça aferente da anastomose gastro-jejunal anti-peristáltica ocorre frequentemente, dificultando o seu esvaziamento. Esta retenção de bile e suco pancreático, com periódicos esvaziamentos, explicaria parte dos sintomas apresentados por esses pacientes.

A falta de suporte para a pequena curvatura do estômago, o que se verifica com tanto mais intensidade quanto mais ampla tenha sido a gastrectomia, seria outro fator mecânico em jogo.

Dai aconselharem BULLER e CAPPER que se fixe o angulo superior da anastomose gastro-jejunal ao fio de sêda que serviu de ligadura da artéria gástrica esquerda ou coronária-estomáquica.

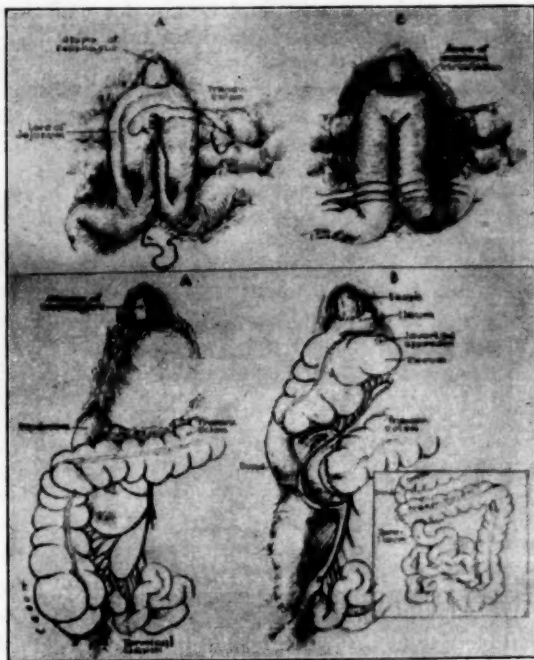


Fig. 1

Além dessa manobra, aconselham, também, fixar a parte superior da pequena curvatura aos tecidos da parede posterior abdominal ao nível dessa região.

Idêntico cuidado aconselham com relação à alça aferente, procurando, com isso, facilitar seu esvaziamento.

Si esses sintomas constituem um problema sério nos casos de gastrectomia sub-total, pois sua incidência está em torno de 12%, é óbvio que ele deve, também, ser levado em conta nas gastrectomias totais.

LEE, recentemente, comentando os resultados obtidos nestes últimos 10 anos, na Universidade de Cincinnati, diz que a pro-

porção de casos com distúrbios nutritivos sérios era alta nos pacientes com gastrectomia total e que sobreviveram 6 meses.

Depois de tecer comentários sobre os maus resultados obtidos, também, por outros cirurgiões conclui LEE:

"Torna-se aparente que a ausência dum reservatório gástrico constitui o fator mais importante na incapacidade dos doentes que sofreram uma gastrectomia total e a solução desse problema mecânico poderia resolver um dos mais importantes impedimentos na adoção mais larga dessa operação".

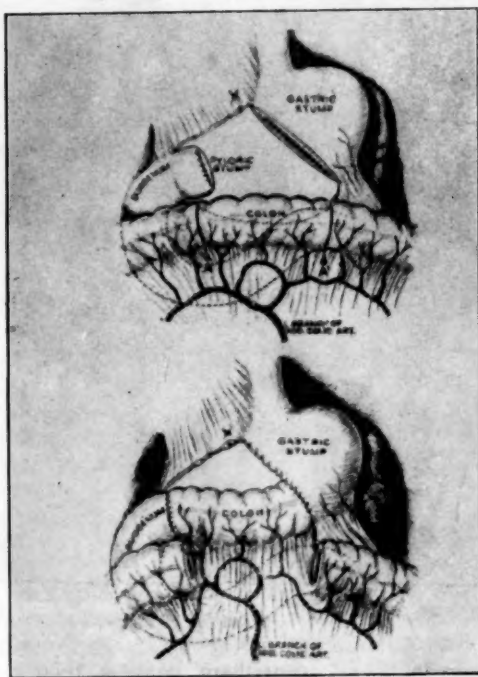


Fig. 2

LONGMIRE e BEAL, em artigo recente, também consideram os problemas nutritivos dos pacientes submetidos à gastrectomia total suficientemente severos e frequentes para exigir uma investigação mais aprofundada dos processos operatórios capazes de corrigirem essas perturbações.

Para substituírem o estômago retirado ou para refazerem um reservatório alimentar varias técnicas têm sido imaginadas, segundo se verifica pela literatura existente:

- 1.º) Uma longa enteroanastomose entre a alça aferente e eferente da esôfago-jejunostomia tem sido indicada por LONGMIRE, FINNEY e RIENKOFF; LAHEY e MARSHALL e PACK e MC NEER (citados por LONGMIRE e BEALL).
- 2.º) Completa anastomose entre as alças aferentes e eferente da esôfago-jejunostomia tem sido empregados por LONGMIRE (1944), ENGEL (1945), e, STEINBERG (1949) (fig. 1).

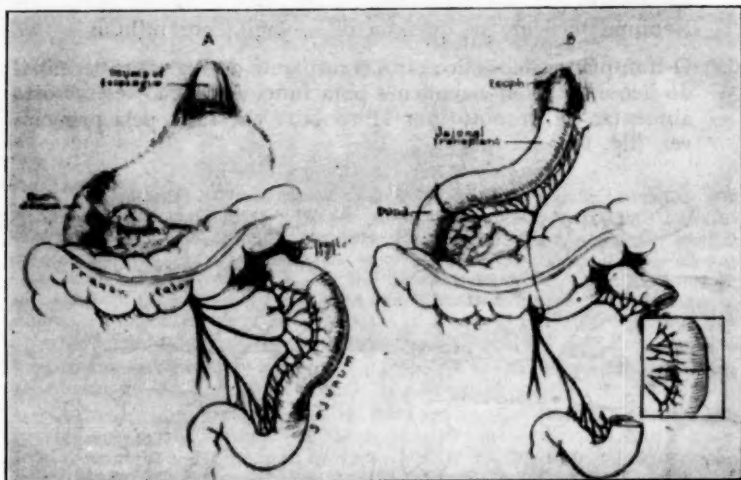


Fig. 3

- 3.º) Transposição dum segmento do colon transverso para restabelecer o trânsito do canal digestivo após a gastrectomia total é proposto por D'ENRICO (1950), sem tê-lo praticado no homem. MORONEY, em 1951, propõe restaurar a continuidade do canal alimentar após a gastrectomia sub-total usando uma alça livre do colon transverso. Apresenta 22 casos sem uma única morte e com bons resultados durante o tempo de observação. Entre nós CÂMARA apresenta na *Associação Paulista de Medicina*, alguns casos operados e com bons resultados (fig. 2).
- 4.º) A transposição duma alça isolada de jejunum, que a seguir gradativamente se dilatará servindo como reservatório alimentar, foi empregada por LONGMIRE com bons resultados em 12 casos. Além do mais ela permite uma passagem dos alimentos pelo duodeno, cujas vantagens têm sido mostradas por HUNNICUT, JUDD e outros. Um dos 12 pacientes de LONGMIRE morreu no pós-operatório imediato, devido a uma perfuração inexplicada do esôfago, logo acima da anastomose esôfago-jejunal. (fig. 3).

- 5.º) A construção de um reservatório alimentar a custa do jejuno, segundo um Y de Roux, conforme a figura n.º 4 foi proposta por HUNT em 1952.

A técnica foi usada em 7 pacientes sem mortalidade ou outra qualquer complicação.

A anastomose término-lateral do esôfago ao jejuno, mesmo com uma larga enteroenteroanastomose, segundo o autor, não desvia totalmente a bile e o suco pancreático como no processo empregado.

Nenhum paciente se queixou de esofagite por refluxo.

- 6.º) O transplante ileo-cólico ou o transplante do segmento terminal do ileo e do colon ascendente para funcionar como reservatório alimentar foi proposto por HUNNICUTT em 1949, pela primeira vez (fig. 1).

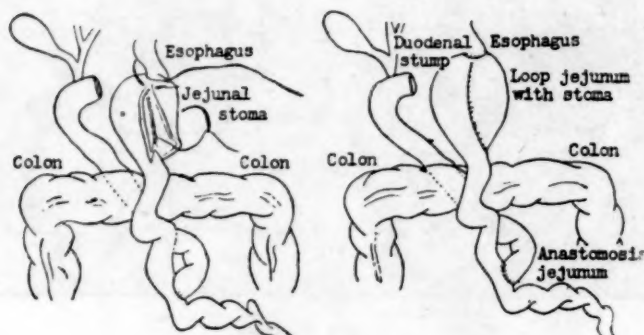


Fig. 4

Segundo trabalhos publicados em 1949 1951 e 1952, operou 7 casos, sendo que um deles teve uma sobrevida de 27 meses.

WILKISON, comentando o trabalho publicado por HUNNICUTT em 1952, relata ter executado essa operação num único caso diagnóstico clínico e radiologicamente como carcinoma do estômago e cujo exame histológico revelou tratar-se de adenoma papilar.

LEE, depois de experiencias em animais, usa-o com bons resultados em 3 casos em 1951.

SZILAGYI, CONNELL e FALLIS (1951) executam o processo em 3 doentes com bons resultados.

BERNARDES DE OLIVEIRA (1952) empregou o processo num único caso com resultado bom.

Nós o empregamos em 2 casos com bons resultados. E' de se notar que no primeiro caso o novo reservatório, por ser o paciente portador duma constipação direita, não diagnosticada previamente,

custou um pouco a se adaptar a sua nova função, isto é, nos primeiros dias o reservatório custou a se esvaziar.

No segundo caso tivemos o cuidado de verificar, ao exame radiológico, se havia ou não constipação ao nível do colon direito. A técnica é de fácil execução, e não é demorada pois não se dispendeu mais que 3 1/2 horas no segundo caso, e o pós-operatório teve ótima evolução em ambos os casos.

Ai estão mais 2 casos para se juntarem aos existentes na literatura. Somente uma observação mais demorada e um maior número de casos poderão servir de base para sugerir aplicar-se ou não este método como rotina.

OBSERVAÇÕES

1.^a Observação (Clínica Particular): B. R. 59 anos, casado, lavrador: "Há 17 anos constipação rebelde passando, às vezes, 20 dias sem evacuar. Evacua somente com o uso de laxantes. Há muitos anos acusa plenitude gástrica após as refeições, com sensação de mal estar e eructações. Não refere dor alguma relacionada ou não com a alimentação. De 3 anos para cá essa sintomatologia se exacerbou, juntando-se a ela intensa anorexia. Como consequência emagreceu muito, tendo perdido cerca de 9 quilos.

Um exame radiológico feito em 24 de Janeiro de 1953 revelou: — "Grande imagem tumoral, exofítica implantada na posição vertical da pequena curvatura do estômago. O aspecto é de processo blastomatoso".

O exame radiológico dos pulmões nada revelou digno de nota. Convenientemente preparado foi operado em 20 de Fevereiro de 1953, tendo feito o transplante íleo-cólico, conforme o esquema abaixo assinalado. As anastomoses foram feitas com fios de algodão, pontos separados e duas suturas, uma total e a outra sero-muscular. O apêndice cecal foi retirado.

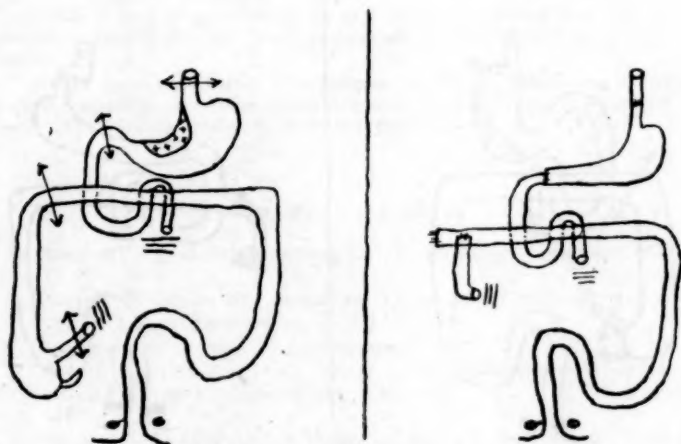


Fig. 5

A evolução foi boa, o doente tendo se levantado no 7.º dia. Em 6 de Março de 1953 o estudo radiológico, feito após ingestão de substância de contraste, revelou o seguinte:

"Trânsito esofágico normal sem estase. Passagem do contraste do esôfago para o íleo terminal anastomosado ao esôfago. Enchimento do ceco e ascendente que se apresentam dilatados e com grande quantidade de líquido. Ambos os segmentos do grosso intestino apresentam-se deslocados para cima e para a linha mediana. Com 24 horas, nota-se estase no novo reservatório de quase 80% do contraste ingerido."

Este achado radiológico coincide com a queixa do paciente, a saber, digestão difícil e peso no epigástrico. O paciente é submetido a tratamento convenientemente e radiografado novamente em 17-4-1953.

O exame radiológico feito após a ingestão de substância de contraste revelou:

"O contraste permanece no neo-estômago até 8 horas após a administração do mesmo. Depois de 24 horas o neo-estômago se apresenta vazio. Permanece contraste no colon transverso e descendente."

O estado geral do paciente é bom e não mais se queixa de digestão difícil.

2.ª Observação (Escola Paulista de Medicina): I. C. 53 anos, casada, brasileira, lavadeira: "Há dois anos dor no estômago após a alimentação e empachamento (sic). Vômitos frequentes com o que se sentia melhor. Constipação. Emagrecceu bastante, não sabendo informar quantos quilos perdeu."

Radiografada em 27 de Março de 1953, o exame revelou imagem lacunar ao longo da grande curvatura, lembrando um cancer do estômago. O trânsito intestinal feito em 18 de Abril de 1953 nada revelou digno de nota. Este exame foi feito para afastar a possibilidade de uma constipação direita, que havia no caso anterior e somente foi constatada durante o ato operatório.

Operada em 6 de Maio de 1953 nada foi constatado à inspecção e à palpação pelo que foi fechada a parede, sem qualquer outra deliberação. Novo exame radiológico, feito em 16 de Maio de 1953, revelou:

"Esôfago terminal e região cardio-tuberositaria sem alteração. Estômago de capacidade conservada, apresentando na grande curvatura, região do

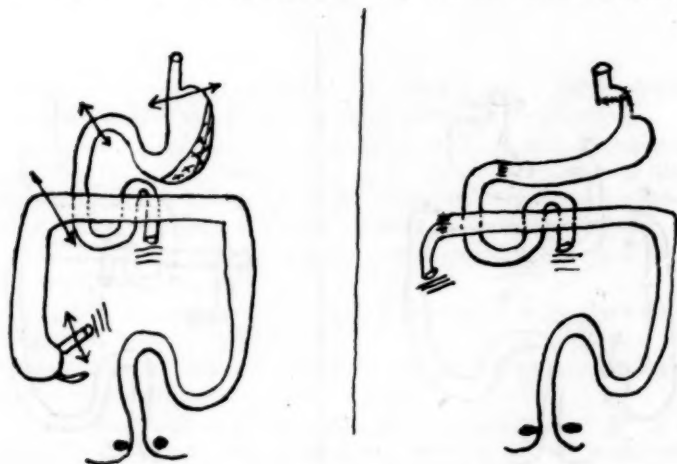


Fig. 6

corpo gástrico, imagem de falha de enchimento; nas radiografia de repleção apresentando imagens de dupla opacidade, interessando a grande curvatura e porção adjacente da face posterior, numa extensão de 4 cms. Aspecto normal do relevo mucoso, da elasticidade e peristaltismo das demais porções gástricas. Conclusão: — Tumor de tipo encefaloide da face posterior e grande curvatura gástrica, provavelmente ulcerado. Neoplasia possivelmente: maligna."

O exame gastroscópico revelou:

"e visualizamos na grande curvatura do estômago próximo ao ângulo uma saliência de cerca de 7 a 8 mms. de altura tendo 1,5 à 2 cms. de largura. Esta saliência estava recoberta de mucosa aparentemente normal e continuava para cima, sendo difícil a sua observação porque a parte superior estava recoberta por resto de uma substância branca que parecia o bário usado pelo radiologista."

Reoperada em 29 de Maio de 1953, somente com dificuldade e após varias tentativas se nota um tumor, de consistência de geléia, mole, pouco alto e se estendendo ao longo da grande curvatura e parte das paredes anterior e posterior do estômago. Feita uma gastrostomia na parede anterior, é visualizada essa tumoração e constatado que não há ulceração.

Indicada a gastrectomia total pratica-se a mesma que é seguida do transplante ileo-cólico de acordo com o esquema abaixo. Evolução boa. A doença se levanta no 12º dia em boas condições. O exame radiológico executado em 20-6-53 revelou:

"Trânsito esofágico normal. Enchimento normal do reservatório ileo-ceco-cólico que se acha retorcido sobre si e sem anormalidade. Facil passagem do contraste do colon para o duodeno que se verifica imediatamente após a ingestão do mesmo. Esvaziamento ileo-ceco-cólico completo em menos de 3 horas."

O exame anatomo-patológico revelou:

"Gastrite crônica. Adenoma com sinais incipientes de degeneração maligna."

Revista em 10 de Setembro de 1953 ia passando relativamente bem.

Como se verifica pelo exame do esquema n.º 2, neste último caso foi conservado o cardia, sem que fosse prejudicado o esvaziamento ganglionar nesse nível.

Nessas condições achamos mais indicado, desde que se conserve o cardia, se faça o transplante do colon transversal, sem duvida técnica de execução mais facil. E' o que pretendemos fazer nos casos futuros.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLESBERG, D. and HAMMERSCHLAG, E. — *Postgastrectomy syndrome*. — *Surgery*, 21: 720, 1947.
- 2) ALVARES, W. C. — *The dumping syndrome: what makes it and how to avoid it*. — *Gastroenterology*, 13: 214-122, 1949.
- 3) BERNARDES DE OLIVEIRA. — *Comunicação Pessoal*.
- 4) BUTLER, T. J. and CAPPER, W. M. — *Experimental study of 79 cases showing the early pós-gastrectomy syndrome*. — *Brit Med. Journ.*, 1: 1177-1181, 191.
- 5) CAMARA — *Comunicação à Secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina*.

- 6) CHARLES, R. and ROWLANDS, B. — *Postgastrectomy syndrome and their relation to technic.* — J. Int. College of Surgeons, XIX (5): 605-611, 1953.
- 7) D'ENRICO, G. — *Ricostruzione de la continuità del tubo digerente dopo gastrectomia total mediante um segmento di colon trasverso.* Giorn. Ital. Chir., 6: 262-269, 1950.
- 8) ENGEL, G. C. — *Creation of a gastric pouch following total gastrectomy.* — Surgery, 17: — 513-523, 1945.
- 9) HOFFMANN, V. — *Eine methode des plastischen Magenersatzes.* Zentral b. F.-Chir., 49:1477-1478, 1922.
- 10) HUNNICUTT, A. J. — *Total gastrectomy for cancer. A new procedure.* Bull. Alameda County M. A., 5:16, 1949.
- 11) HUNNICUTT, A. J. and CRANE W. — *Total gastrectomy with transposition of the terminal ileum and right colon.* The West S. A. Nov., 29:1 1951 (citado por Hunnicutt em 1952).
- 12) HUNNICUTT, A. J. — *Replacing stomach after total gastrectomy with right ileo-colon.* Archives of Surg., 65: 1-11 1952.
- 13) HUNT, C. J. — *Construction of good pouch from segment of jejunum as substitute for stomach in total gastrectomy.* Arch. Sug., 64: — 601-608, 1952.
- 14) JUDD, E. S. Jr. and HOON, J. R. — *Total gastrectomy.* Arch. of Surgery, 61: — 102-109, 1950.
- 15) KLINE, P. S. — *The gastric cripple after total gastric resection.* J. Intercollege of Surgeons, XVIII (2): 226-229, 1952.
- 16) LEE, C. M. Jr. — *Transposition of a colon segment as a reservoir after total gastrectomy* (Preliminary Report) Surgical Forum. Congress, 1950, pág. 101. W. B. Saunders C.
- 17) LEE, C. M. Jr. — *Transposition of a colon segment as a gastric reservoir after total gastrectomy.* Surg. Gynec. and Obst., 92: 456, — 461, 1951.
- 18) LONGMIRE, W. P. Jr. — *Total gastrectomy for cancer of the stomach.* Surg. Gynec. and Obst., 84: 21, 1947.
- 19) LONGMIRE, W. P. Jr. and PAEL, J. M. — *Contruction of a substitute gastric reservoir following total gastrectomy.* Annals. for Surg., 135:637-645, 1952.
- 20) MONTENEGRO, E. — CUTAIT, D. FANGANELLO, M OLIVEIRA, M. R. — FARIA, S. C. e MORGANTE, A. — *Esofagoplastia transtoracica a custa do colon trasverso.* Revista Paulista de Medicina, 41:19-23, 1952.
- 21) MORONEY, J. — *Colonic replacement of stomach.* Lancet 1: 993-996 (May 5), 1951.
- 22) ORSINI, P. ET LEMAIRE, M. — *Technique des oesophagoplasties par le colon transverse et descendant.* Journ. Chirurgie, 67: (6-7): 941-505, 1951.
- 23) ORSINI, P. — *Possibilités nouvelles dans la chirurgie de l'oesophage grâce a l'utilisation du colon transverse pour l'esophagoplastie.* Presse Medic., 14: 272 1951.
- 24) PERMAM, E. — *So called dumping syndrome after gastrectomy.* Acta Med. Scandinav. (sup. 196), 128: 361-365, 1947.
- 25) STEINBERG, M. E. — *A double jejunal tube gastro jejunal anastomosis.* Surg. Gynec. and Obst., 88: — 453-464, 1949.
- 26) SZLAGYI, D. E. — CONNEL, T. H. Jr. and FALLISH. — *Observation on transposition of the ileo-colic segment as a food pouch after total gastrectomy.* Surgical Forum Clin. Congress of the Am. Coll. of Surgeons. 1951 W. B. Saunders C. pág. 62-68.
- 27) ZOLLINGER, R. M. AND HOES, S. O. — *Gastric. Operations: troublesome postoperative symptoms with special reference to carbohydrate ingestion.* J. A. M. A., 134: — 575-579, 1947.

Apoplexia de hidátide de Morgagni (*)

Dr. CLOVIS DE ARROXELLAS GALVÃO CARAPEBA

Estagiário no Sanatório São Lucas.

Não é a raridade das hidátides de Morgagni que nos leva a comentar o presente caso. A torsão do pedículo da hidátide seguida de apoplexia é na realidade pouco comum, pelo menos nos casos observados neste Sanatório —que tem em seu arquivo o elevado número de 41 doentes portadores dêste apendice vesicular descrito por Morgagni no século 17. O que nos estimulou a concretização desta comunicação, foi o desejo de associar nossa voz à daqueles que, autorizadamente, aconselham uma chamada bôa incisão e completa exploração dos anexos quando aberto o peritônio infra-abdominal, especialmente quando o órgão a ser operado não justifique plenamente o quadro clínico que exigiu uma terapêutica cirúrgica. O presente caso vem justificar *in totum* a necessidade de uma perfeita pesquisa, pesquisa esta que só se consegue em campo ampliado por incisão do tipo Scollo ou transversa e nunca ou quase nunca com as chamadas incisões “botoeiras de artista” pequenas em sua extensão, mas grandiosas para as surpresas desagradáveis que poderão se apresentar ao cirurgião menos avisado. Vejamos finalmente o caso — que motivou esta despretenciosa comunicação.

A paciente M. C. I. operada por Dr. Eurico Branco Ribeiro que teve como auxiliar o Dr. Paulo Bressan, é uma menor com 13 anos de idade, de cor branca, brasileira, contou a seguinte história: Ha cerca de 15 dias sentiu dores no lado direito do abdomen mal estar e vomitos. De ontem, 1.º de dezembro para hoje dia 2, as dores aumentaram e os vômitos se tornaram mais constantes. Sente prender a perna quando anda (SIC). Tipo de ciclo menstrual: 28×6 . Néga cólicas. Menarca aos 12 anos. Mac Burney positivo. Apirética. Pulso 80. Pressão arterial $12\frac{1}{2} \times 7$. Exames complementares: Sangue — T. sangria 1 minuto. T. coagulação 6 minutos. Exame hematológico — Hemácias 3.900.000. Leucócitos — 11.600. Taxa de hemoglobina 65%. Valor globular 0,8.

(*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 14 de dezembro de 1958.

Exame de urina: Reação ácida. Densidade 1,020. Proteínas. Substâncias redutoras Pigmentos biliares e acetona AUMENTES. Sedimento — numerosas células epiteliais de descamação.

Nada podia desviar portanto o diagnóstico de apendicite crônica e com este diagnóstico a paciente foi levada à operação. Diz a ficha operatória: Diagnóstico principal — Apendicite. Operador — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Auxiliar — Dr. Paulo. Anestesista Dr. Roberto de Luca. Anestesia — Thionembutal. Foi também aplicado 3cc de curare. Incisão de Scolo. Apêndice de aspecto normal. Quatro hidátides de Morgagni, sendo duas sesseis e duas pediculadas. Uma das pediculadas havia se enlaçado no pedículo da outra, dando duas voltas, produzindo portanto com dupla laçada um estrangulamento do pedículo desta segunda hidátide que se — apresentava apoplética. As hidátides pediculadas foram extirpadas. Uma das sesseis foi excisada e a outra apenas esvasiada, por estar próxima ao pavilhão da trompa. Ligadura e secção do meso apêndice. Esmagamento seguido de ligadura da base do apêndice. Preparo da bolsa cecal. Secção do apêndice. Iodo no côto, que foi invaginado em boas condições na bolsa cecal. Fechamento da parede — por planos. Agrafe na pele. Pós-operatório normal. A doente teve alta no 5.º dia, em ótimas condições.

A torsão do pedículo das hidrátides não é habitual assim como também a apoplexia subsequente, razão pela qual o cirurgião não dá a devida importância as hidátides. A estatística de hidátide de Morgagni no Sanatório São Lucas atinge com o presente caso o número de 41. E' de se notar no entanto que os casos de torsão é de apenas dois, sendo que o primeiro serviu de motivo a brilhante trabalho apresentado a esta Sociedade pelo Dr. Waldemar Machado, em sessão de 18 de dezembro de 1945.

Reverendo os prontuarios do Sanatório São Lucas, cujo numero de casos com hidátides de Morgagni, como já foi dito, é de 41, nós fomos encontrar certas características interessantes e que achamos por bem aqui menciona-las. Período das observações: 1940 à 2 de dezembro de 1953. Diagnóstico pré-operatório — 22 casos com apêndice crônica. 9 casos que predominaram o diagnóstico de apendicite aguda. Os 10 casos restantes em que foram encontradas os hidátides, o ato operatório foi justificado por outras afecções anexas ou uterinas. A localização alcança maior número na trompa direita com mais de 50% dos casos. A idade das pacientes oscila entre os 12 e 39 anos, sendo que dos 41 achados o maior número está nas de idade inferior a 20 anos. O estado civil dominante é o solteiro com cerca de 55% dos casos. As incisões mais usadas entre estas operadas foi a de Pfannestil, seguida pela incisão de Scollo sendo esta reservada para os casos de apendicites. O caso da paciente M. C. I. traz consigo além da particularidade de ser o segundo caso de torsão e apoplexia caracteriza-se também pelo fato de ser o primeiro caso em que o número de hidátides é o mais elevado — 4. Sendo duas sesseis e duas pediculadas, do mesmo lado.

CONCLUSÕES

Não resta a menor dúvida que as incisões de Scollo e transversa, são as que melhor propiciam ao cirurgião um melhor campo para uma boa pesquisa cujos benefícios aos pacientes são irrefutáveis. Isto particularizando-se as apendicectomias, pois que para outras indicações operatórias, naturalmente que teremos incisões mais amplas e consequentemente oportunidades de melhores pesquisas. A estirpação das hidátides deve ser sistemática, pois assim evitaremos futuros dissabores quando nos volta o doente com o mesmo quadro anterior as apendicectomias, especialmente quando aquelas foram realizadas por um processo apendicular que não justificou na sua totalidade o quadro clínico. A elevada estatística do Dr. Eurico Branco Ribeiro e seus assistentes fala por si só da conduta exata que norteia esta Escola pela formação de bons cirurgiões em benefício do alto conceito de nossa cirurgia.

Sociedade Médica São Lucas

Comunicações feitas

Sessão de 27 de julho de 1953:

Hérnia crural — Dr. CESÁRIO HORTA.

A cirurgia na Europa — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.

Sessão de 10 de agosto de 1953:

Tratamento do câncer — Dr. WALTER TREUHERZ.

Analgesia obstétrica — Dr. VITOR FRIEDL.

Angiocardiografias — Dr. JOSÉ MARIA CABELO CAMPOS.

Sessão de 24 de agosto de 1953:

A Radiologia no Sanatório São Lucas — Dr. JACYR QUADROS.

Torção da sigmóide ou vólvulo de megasigma — Dr. EURICO
BRANCO RIBEIRO.

Sessão de 14 de setembro de 1953:

Fístula arterio venosa — Dr. L. E. MENDONÇA.

Cirurgia cardíaca — Dr. HUGO FELIPOZZI.

Sessão de 28 de setembro de 1953:

Megacolo — Dr. JOSÉ FINOCHIARO.

Nefrectomia parcial — Dr. GERALDO DE CAMPOS FREIRE.

Sessão de 12 de outubro de 1953:

Patologia cortico-vesical e tratamento pelo sono prolongado —
Dr. VENTURINI VENTURI.